UNIVERSITE de PARIS VII

Faculté de médecine - Lariboisière - Saint-Louis

176

THESE
pour
Le doctorat en médecine

Présentée et publiquement soutenue le 13 juin 1973

par Bernard LAMARSAUDE

Interne des hopitaux psychiatriques
de la Seine

né le 9 juin 1946 à Paris 12ème (75)

REFLEXIONS SUR LA FONCTION DES MEDICAMENTS

A propos des problèmes posés par leur arrêt, en thérapeutique psychiatrique

Président : Monsieur le Professeur E. FOURNIER

UNIVERSITE de PARIS VII

Faculté de médecine - Lariboisière - Saint-Louis

THESE
pour
Le doctorat en médecine

Présentée et publiquement soutenue le 13 juin 1973

par Bernard LAMARSAUDE

Interne des hopitaux psychiatriques
de la Seine

né le 9 juin 1946 à Paris 12ème (75)

REFLEXIONS SUR LA FONCTION DES MEDICAMENTS

A propos des problèmes posés par leur arrêt, en thérapeutique psychiatrique

Président : Monsieur le Professeur E. FOURNIER

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

FACULTE DE MEDECINE PARIS-LARIBOISIERE-SAINT-LOUIS

CORPS PROFESSORAL

Année 1972-1973

DOYENS HONORAIRES : Professeur J. BERNARD, Professeur J.-J. BERNIER

PROFESSEURS HONORAIRES : M. AUBRY, C. LAUNAY, R. WORMS.

Doyen : Professeur E. FOURNIER

PROFESSEURS

Dermatologie

G. DEGOS	Prof. de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
F. DUPERRAT	Prof. de Dermatologie
J. CIVATTE	Prof. Agrégé
A. PUISSANT	Prof. Agrégé
S. BELAICH	Prof. Agrégé

Rhumatologie

S. DE SEZE	Prof. de Clinique Rhumatologique
A. RYCKEWAERT	Prof. Agrégé
M. KAHN	Prof. Agrégé
A. DRYLL	Prof. Agrégé

Gastro-Entérologie

J.-J. BERNIER	Prof. de Clinique gastro-entérologique
J.-P. FERRIER	Prof. Agrégé
J.-C. RAMBAUD	Prof. Agrégé

Endocrinologie

J. CANIVET	Professeur
G. CATHELINEAU	Prof. Agrégé

Médecine

D. KUNTZ	Prof. Agrégé
J. ROUFFY	Prof. Agrégé

Chirurgie

J. PERROTIN	Prof. de Pathologie Chirurgicale
P. HAUTEFEUILLE	Prof. Agrégé

Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie Plastique

P. BANZET	Prof. Agrégé
J. WITWOET	Prof. Agrégé

Neuro-Chirurgie

R. HOUDART	Professeur
J. COPHIGNON	Prof. Agrégé

Hématologie

J. BERNARD	Prof. de Clinique des maladies du sang
J. DAUSSET	Prof. d'Immunologie - Hématologie
M. BOIRON	Professeur

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542715_0035

Hématologie

M. SELIGMANN	Professeur
Y. NAJEAN	Prof. sans chaire
J. CAEN	Prof. Agrégé
J. COLOMBANI	Prof. Agrégé
C. JACQUILLAT	Prof. Agrégé
G. SCHAISON	Prof. Agrégé

Cardiologie

Y. BOUVRAIN	Prof. de Clinique Cardiologique
J.-J. WELTI	Prof. sans chaire
H. SLAMA-CHALOUM	Prof. Agrégé
R. GOURGON	Prof. Agrégé
G. MOTTE	Prof. Agrégé

Thérapeutique

M. LAMOTTE	Prof. de Clinique Thérapeutique
J.-M. SEGRESTAA	Prof. Agrégé

Toxicologie

M. GAULTIER	Prof. de Clinique Toxicologique
P. GERVAIS	Prof. Agrégé

Médecine Légale

E. FOURNIER	Prof. de Médecine Légale et Toxicol.
M.-L. EFTHYMIOU	Prof. Agrégé

Pathologie Expérimentale

F.-P. MERKLEN	Prof. de Pathologie Expérimentale
F. COTTENOT	Prof. sans chaire

Parasitologie

M. LARIVIERE	Professeur

Neurologie

D. PEPIN	Prof. sans chaire

Psychiatrie Adulte

A. GORCEIX	Prof. Agrégé

Psychiatrie Infantile

M. DUGAS	Prof. Agrégé

Pédiatrie

H. LESTRADET	Prof. sans chaire
B. LABRUNE	Prof. Agrégé

Gynécologie Obstétrique

P. MORIN	Professeur
P. ENGELMANN	Prof. Agrégé

Urologie

C. CHATELAIN	Prof. Agrégé

Oto-Rhino-Laryngologie

P. PIALOUX	Prof. de Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie
G. FREYSS	Prof. Agrégé

Pneumo-Phtisiologie

L. ISRAEL	Prof. Agrégé

Ophtalmologie

M. FONTAINE	Prof. Agrégé

Histologie

J. LAVEDAN	Prof. sans chaire
M. MAILLET	Prof. Agrégé
C. BOUTON	Chargé de Cours

Anatomie-pathologique

J. ROUJEAU Professeur
N. CHELLOUL Prof. Agrégé

Bactériologie

Y. PEROL Prof. Agrégé

Anesthésiologie

J.-F. MONTAGNE Prof. Agrégé
E. ECHTER Prof. Agrégé

Radiologie

M. LAVAL-JEANTET Prof. Agrégé
M.-C. PLAINFOSSE Prof. Agrégé
R. DJINDJIAN Prof. Associé

Pharmacologie

P. LECHAT Professeur

Biophysique

A. DJOURNO Prof. de Physique médicale

Biophysique

M. BURGEAT Prof. Agrégé
M. DUVELLEROY Prof. Agrégé

Physiologie

A. TEILLAC Prof. sans chaire
J.-P. MARTINEAUD Prof. sans chaire
H. MAMO Prof. Agrégé

Biochimie

R. BOURRILLON Professeur
P. TIOLLAIS Prof. Agrégé
Y. GOUSSAULT Chargé de Cours

Anatomie

J.-P. LASSAU Prof. Agrégé

Psychologie

L. MOOR Chargé de Cours

MEDECINS, CHIRURGIENS ET SPECIALISTES DES HOPITAUX

M.M. BARCAT Jean - BENNET Jean - CALVET Jean - CHARLEUX Henri - COUINAUD Claude - DESPREZ-CURELY Jean-Paul - DUBOST Claude - FRIEZ Pierre - de GRACIANSKY Pierre - GRENET Pierre - HELIE Jules - HERRAULT André - LABAYLE Jean-André - LANCE Marcel - LAROCHE Jean-François - MARIE René - MAY Jean-Pierre - PESTEL Maurice - RICHARD Claude - SARAUX Henri - VIGNAUD DUPUY de ST-FLORENT Georges -

DIRECTEURS D'ENSEIGNEMENT CLINIQUE

M.M. ACCARD Jean-Loup - ALBERTINI Frédéric - BARDIAUX Maurice - BENAD BERTRAND Y. - BITOUN Georges - CALLEROT Louis - Mme CHAIGNEAU Hélène -

M.M. CHALANSET René - CHAOUAT Yves - DELANOE Yves - DELTEIL Pierre - DESFOSSES Louis - DURAND Claude - ELBAZ Pierre - ELIACHAR Edouard - FERREZ Bernard - GANEM Jean - Mme GIACOMINI Thérèse - M.M. GOUDAL Henri - GRUPPER Charles - HUGUET Jean-Claude - KALMANSON Daniel - LEFEVRE Lucien - LOGEAY René - LIBESKING Marcel - MARTIN-DUPRAY Daniel - MARTINETTI J. -

Mme MAY Véra - M.M. MAZZA Roger - MIKOL François - NEHLIL Jacques -

M.M. PARIENTE Philippe - PARIENTE Maurice - PASQUIER Pierre - PIRET Jean-Marie - PLANE Jean-Louis - POUJOL Jean - RACINE Yves - RENE Louis - Mme RENIE Odile

M.M. ROUCHON Claude - SCHWEICH Michel - SIGAL Simon - SUCHESTOW-SUCHET Adolphe - TINTHOIN Jean-François - VANTELON Jacques - de VERBIZIER J. - VERGNON L. - VERMEULEN Roger - VEYRAT Jean-Gérard - Mme VIGNAUD Jacqueline -

M. VIGUIE Roger - Mme XIMENES Geneviève.

A Françoise, ma femme

A mes parents

A tous mes professeurs

A mes patrons d'internat

le Dr. Piret : chef de service à l'hôpital d'Argenteuil

le Dr. Barte : chef de service à l'hôpital de Perray-Vaucluse

Au Dr. H. Chaigneau

- dans le service de laquelle j'ai vécu une certaine pratique de la psychiatrie
- qui a provoqué ma reflexion par ses séminaires de thérapeutique institutionelle

Au Pr. agrégé A. Gorceix

qui m'a aidé à réaliser ce travail et m'a fait l'honneur d'en assurer la forme finale par ses corrections

Au Pr. E. Fournier

qui m'a fait l'honneur de bien vouloir être le président de cette thèse

PLAN DU TEXTE

I - INTRODUCTION

A - Les circonstances dans lesquelles se pose le problème de l'arrêt d'un traitement chimique

B - Doit-on limiter le problème à ce cadre restreint ?

C - Quel plan adapter pour cet exposé ?

D - Le problème de l'arrêt des médicaments se pose fréquemment en thérapeutique psychiatrique

E - Arrêter une prescription médicamenteuse pose un problème

II - QUELQUES CAS OU LE SAVOIR QUANT AUX MEDICAMENTS ET AUX MALADIES N'EST QUE DE PEU D'UTILITE

A - Observation n° 1

B - Observation n° 2

C - Observation n° 3

D - Observation n° 4

III - COMMENT NOUS SOMMES AMENES A PRESCRIRE. LE CONTEXTE THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL

A - Celui qui présente des troubles

a - le supposé malade

b - contexte de la prise

B - Que pense le medecin du médicament qu'il prescrit dans le contexte de soins

a - le médecin soigne avec des médicaments

b - pour le médecin l'amélioration est-elle le fait de la drogue prescrite ?

c - étude d'une expérience classique de prescription d'un placebo à la place d'un médicament connu

IV - LE PROBLEME DES TRAITEMENTS REPOSE CELUI DE LA MALADIE

A - Maladie et maladie mentale

B - La chosification des malades

a - historique

b - la méthodologie

V - LE MEDICAMENT POUR LE COLLECTIF THERAPEUTIQUE

VI - LE MEDECIN

VII - LE PROBLEME DE LA RELATION

A - Le médicament est un participant à part entière

a - la variable médicament

b - les arrêts de médicament et la façon dont le vivent les "bénéficiaires"

B - Le cas de Monsieur JOU

C - La situation idéale

VIII - CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

REFLEXIONS SUR LA FONCTION DES MEDICAMENTS

A propos des problèmes posés par leur arrêt, en thérapeutique psychiatrique

I - INTRODUCTION

A - LES CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES SE POSE LE PROBLEME DE L'ARRET D'UN TRAITEMENT CHIMIQUE

Elles sont variées. Par exemple, dans un service de psychiatrie inséré dans un hôpital général, on constate souvent que le recrutement comporte une forte proportion de pathologie "dite légère" : dépressions nerveuses névrotiques, épisodes réactionnels, états limites encore bien insérés socialement. Ceci s'explique par le transfert vers les hôpitaux psychiatriques des cas dont l'hospitalisation sera de plus longue durée. Lorsque l'on s'occupe de la postcure de ces malades hospitalisés en peu de temps on est amené, un jour ou l'autre, à aborder le problème du sevrage en médicaments.

B - DOIT-ON LIMITER LE PROBLEME A CE CADRE RESTREINT ?

Je ne pense pas que cela soit utile. Le psychiatre qui a l'expérience de l'hôpital psychiatrique, du dispensaire et des structures de secteur, connaît lui aussi le même problème. Il y a certes quelques différences, souvent liées à la nature des troubles d'une part et aux institutions d'autre part, mais au fond il s'agit bien de la même chose.

C - QUEL PLAN ADOPTER POUR CET EXPOSE ?

Il n'y en a guère de satisfaisant, ce qui est probablement en rapport avec le caractère plus interrogatif qu'affirmatif de cette réflexion. Je me suis contenté de constater un certain nombre de problèmes qui se sont posés le plus souvent en consultation :

- revoir à travers ces constatations l'hospitalisation du malade
- cerner la problématique du traitement.

D - LE PROBLEME DE L'ARRET DES MEDICAMENTS SE POSE FREQUEMMENT EN THERAPEUTIQUE PSYCHIATRIQUE

et pourtant il est ignoré. On parle si peu de ce problème que l'on pourrait croire qu'il est "tabou".

Alors qu'en thérapeutique médicale, le thérapeute n'est pas sans ignorer l'inconvénient de la prise des médicaments prolongée au-delà du nécessaire, les manuels de thérapeutique psychiatrique "oublient" le plus souvent de parler de l'arrêt des prescriptions, même lorsqu'ils sont très complets comme "L'ENCYCLOPEDIE MEDICO-CHIRURGICALE". Les seules "précisions" que l'on peut obtenir sont pour les thymo-analeptiques : plusieurs semaines, souvent plusieurs mois et pour les neuroleptiques, il semblerait que les traitements soient de toute façon à vie. Un petit traité "Mieux connaître et mieux prescrire les psychotropes" comporte un chapitre à la rubrique neuroleptique sur les arrêts de traitement, mais il s'agit de ceux dus à la seule initiative des malades. Les seules modalités officiellement considérées ne sont pas des

arrêts mais des substitutions par placebos. Il y a en effet un difficile problème au niveau des arrêts de traitement, il est indispensable d'essayer d'y réfléchir d'autant plus que les neuroleptiques sont de découverte plus récente que les techniques psychothérapiques.

E - ARRETER UNE PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE POSE UN PROBLEME

difficile et grave pour de nombreuses raisons.

a - Quels sont les critères qui permettent d'apprécier la nécessité ou l'absence de nécessité de l'arrêt d'un traitement chimique ? En médecine on utiliserait le terme de guérison ; ce terme voulant dire :

Guérison : 1 - recouvrement de la santé chez la personne
2 - action de faire disparaître la maladie (LITTRE).

De tels critères sont-ils applicables en psychiatrie ?

b - Que signifie notre prescription :

- en donnant une drogue ; espère-t-on soigner grâce à l'effet connu du médicament ?
- Que représente pour nous cette situation où l'un donne à l'autre cette supposée "bonne chose" ?

Les motivations à arrêter un traitement recoupent en toute logique celles de sa prescription et entrent en résonance avec tout le contexte dans lequel nous avons agi "thérapeutiquement".

En effet, ce serait une erreur que de croire en des moments trop privilégiés : prescription, modifications ou arrêt des traitements chimiques. Ces décisions qui, effectivement, objectivent notre traitement, ne sont que des "bornes" qui matérialisent une certaine prise en charge. La pratique permet de constater qu'en général, et à travers les problèmes qui se dévoilent à cette occasion, l'arrêt des médicaments n'est pas la "ligne d'arrivée du traitement".

II - QUELQUES CAS OU LE SAVOIR QUANT AUX MEDICAMENTS ET AUX MALADIES N'EST QUE DE PEU D'UTILITE

Le psychiatre en situation de thérapeute ne peut que constater qu'il est en face d'un "drôle de malade". J'ai essayé de retrouver quelques unes de ces situations dans lesquelles on est bien obligé de constater qu'il y a autre chose qu'un médecin - qui - soigne - un malade - avec des - médicaments.

A - OBSERVATION N° 1

Monsieur A... 49 ans Receveur principal des P. et T. d'une grande ville de province est venu à la consultation, ponctuel comme il l'a toujours été depuis qu'il est sorti de l'hôpital, il y a maintenant quatre mois.

"C'est terrible Docteur, tout recommence pire qu'auparavant. A nouveau je ne m'intéresse plus à rien. Je lutte chaque jour pour ne pas gâcher par ma tristesse la vie des miens, mais rien n'y fait. Je repense à une solution définitive, le suicide."

Cet homme a déjà essayé de mettre fin à ses jours, à la suite de quoi, il a été hospitalisé il y a quelques mois. Au cours des entretiens il avait essayé d'analyser ce qui progressivement l'avait enfoncé dans la "dépression nerveuse".

- ses enfants, une fille de 16 ans et un garçon de 18 ans, ne le respectent plus et ne tiennent pas compte de ses conseils. Il est inquiet de leurs fantaisies d'adolescents : cheveux longs de son fils, jupes trop courtes de sa fille etc.

- sur le plan professionnel ses responsabilités grandissent au fur et à mesure de sa promotion, et lui semblent maintenant écrasantes. De plus, un cambriolage du bureau de poste dont il est responsable l'a beaucoup éprouvé.

- son épouse est toujours attentionnée mais leurs relations sont plus froides. Il se rend compte que ses soucis professionnels qui continuent de le préoccuper à la maison le rendent moins disponible ; les rapports sexuels se font rares et moins "heureux" qu'auparavant.

Progressivement il est devenu triste et "fatigué". Il a eu l'impression de ne plus intéresser les gens. On ne l'a pas pris au sérieux lorsqu'il parlait de "sa dépression". Il a alors choisi le suicide...

Un traitement énergique, par perfusions, est entrepris. Dans un premier temps assez court on a utilisé des tranquillisants suivis ensuite de quinze perfusions d'imipraminiques à doses croissantes. Ce traitement fut une réussite quasi miraculeuse. Ecouté, materné, "chimiatré" cet homme sort de l'hôpital transformé. Il prend alors un traitement d'entretien oral à base d'imipraminique et de tranquillisants. Il prend attentivement ses médicaments et vient régulièrement aux consultations.

Au fil de nos entrevues j'ai progressivement diminué son traitement et me pose le problème d'un arrêt des médicaments.

- L'amélioration thymique semble liée en partie aux drogues et leur arrêt ne va-t-il pas entraîner une rechute ?

- N'a-t-on pas trop parlé des médicaments lors de nos entretiens associant l'amélioration à leurs effets ?

J'explique alors à Monsieur A... que son traitement l'a aidé à passer un mauvais cap, et que sa reflexion lui a permis de mieux comprendre ce qui s'était passé. Nous convenons donc d'arrêter les drogues en nous revoyant le mois suivant. C'est à ce rendez-vous que Monsieur A... m'expose sa rechute.

Que s'est-il passé ?

- Lui ai-je suggéré comme l'explique Balint que mon écoute n'a pu exister que par le symptôme ?

- Quel a été l'effet des drogues, comment apprécier leur rôle dans cette situation ?

En effet il est difficile de considérer que l'amélioration n'est pas due au malade lui-même. Les médicaments lui ont permis de récupérer une ortho-thymie qui pour cet homme n'est pas un état artificiel, mais celui qui était le sien avant ses troubles. Je continue de penser qu'il n'était pas déraisonnable d'arrêter les drogues. En quoi la dynamique relationnelle est-elle à mettre en cause en sachant que le facteur médicament a été un des participants ?

B - OBSERVATION N° 2

Mlle B..., 19 ans, étudiante, hospitalisée depuis trois semaines.

Cette jeune malade m'agresse en permanence et me reproche de ne pas la soulager. Elle est dans l'inconfort et angoissée et moi je ne fais rien. Ces reproches sont en partie justifiés. En effet, elle ne prend actuellement que des tranquillisants.

Pourtant cette jeune femme est en pleine bouffée délirante. Les thèmes de son délire sont très riches. Ils fournissent un matériel de grande valeur sur l'enfance, les parents, les frères et sœurs, les professeurs, les amis de la jeune femme. Suivie depuis deux ans par un psychothérapeute attaché au service, celui-ci a conseillé une hospitalisation devant la désinsertion socio-professionnelle grandissante et devant le danger que représente l'éloignement du réel.

Lorsqu'elle est arrivée dans le service on entreprit un traitement neuroleptique classique et supposé adapté à son état.

Son discours fut alors comparable à un feu sur lequel on aurait jeté un seau d'eau : il fuma et s'éteignit. Nous entrions dans l'aire de la passivité et de l'indifférence. En

accord avec le psychothérapeute et à sa demande j'arrêtais les neuroleptiques pour ne donner à cette malade que des tranquillisants à dose d'autant plus forte que sa psychothérapie l'angoissait beaucoup.

L'arrêt des neuroleptiques a été rapidement suivi de la reprise d'un délire "riche". Mais s'agissait-il véritablement d'un délire ? Quoi qu'il en soit cette **"festivité bourdonnante"** nous semblait aller dans le sens d'une guérison. Bien sûr il a fallu supporter d'être, dans les moments où la malade était brusquement anxieuse et déprimée, le mauvais médecin qui la laissait dans l'inconfort de son angoisse.

Voici donc un cas où les médicaments ont été arrêtés bien que la sédation escomptée ait été obtenue. L'intérêt de cette expérience a résidé dans l'exploitation du matériel fourni dans le délire de Mademoiselle B... Une surveillance toute particulière de cette malade a donc permis de prescrire à minima. En contre partie il a fallu accepter que Mademoiselle B... nous reproche de la laisser en proie à la reviviscence de ses expériences passées, état plus pénible que la sédation neuroleptique qu'elle avait connu un moment.

C - OBSERVATION N° 3

Monsieur L..., 20 ans.

Il vient consulter plus pour avoir quelqu'un à qui exposer ses problèmes que pour se plaindre de troubles. Parents séparés, père décédé alcoolique dans des conditions lamentables, mauvaises études, difficultés à trouver du travail avant le service militaire, instabilité affective, sont les problèmes qu'il expose. En fait au sortir de l'adolescence après une enfance difficile ce jeune homme est un peu effrayé devant ce qu'il suppose être l'état d'adulte. Ce sont visiblement les conseils d'un père qu'il demande.

Ainsi donc il arrive parfois de voir où de revoir un malade, de l'écouter, et d'être bien embarrassé après ; certes on a pu constater un malaise, des troubles, un certain inconfort à vivre, mais la personne en question n'a pas besoin de médicaments. Pourtant elle s'est déplacée et on peut donc supposer quelle est venue chercher quelque chose. Cette personne est venue voir un technicien, un psychiatre, c'est-à-dire dans l'esprit du public, celui qui comprend tout et perçoit les mécanismes intimes de l'action. Elle ne veut pas recevoir passivement l'absolution de ses tourments, mais voudrait comprendre, même si sa demande est très souvent déplacée où médiatisée. J'ai vraiment l'impression dans ce cas que je n'ai rien à faire de mes drogues et qu'il s'agit d'autre chose ; qu'il vaut mieux éviter de médicaliser sinon de psychiatriser.

D - OBSERVATION N° 4

Monsieur T..., 72 ans.

Vieil hypocondriaque soigné depuis vingt-cinq ans pour des douleurs "baladeuses", chronicisé par des examens complémentaires constituant un dossier impressionnant par

son épaisseur et qui confirme au malade sa maladie puisque, les comptes rendus radiologiques par exemple, montrent :

- une muqueuse gastrique à gros plis,
- une légère attitude scoliotique etc., etc.

Ses huit gouttes de Valium matin, midi et ses seize gouttes le soir sont moins efficaces. Il sent la "crise" proche. Ce malade paradoxalement va mieux si on le confirme dans sa maladie. C'est ce que l'on a toujours fait en lui donnant des médicaments.

Il nous arrive donc souvent d'être :

- conscient que dans le cas de la personne qui est venue nous voir un médicament ne sert à rien et que le traitement doit être arrêté,
- et, en même temps, embarrassé par le fait que le malade attribue son mieux être à la drogue (le médicament) et nous en redemande.

C'est la situation typique dans laquelle nous prescrivons :

- soit des doses qui d'évidence seront infra efficaces, mais laisseront au malade son "anafranil" sans lequel il ne peut vivre,
- soit un médicament réputé pour sa tolérance exceptionnelle, du vieillard le plus fatigué au nourrisson le plus handicapé, et qui bien entendu est parfaitement inefficace.

Dans le choix de ce médicament intervient sa dénomination et son nom.

Situation typique dans laquelle le médicament nous donne l'impression d'être autre chose qu'une substance objectivement active. Quelque chose de l'ordre du talisman, de la magie.

Et là j'ai envie, à la suite de P. KISSEL et D. BARRUCAND de citer A. JORES "L'homme qui vit dans la magie, est persuadé que le monde est plein de puissances du mal et du bien, qui le tiennent sous leur influence, et qui décident de son sort. Mais il y a des individus de grand pouvoir qui, mieux que les autres, comprennent ces puissances, qui en ont une connaissance intuitive, et qui sont capables de contenir et de dominer les forces du mal par le moyen de la magie... A la place des formules d'incantation, on possède aujourd'hui le médicament ou l'appareil pseudo-scientifique."

Mais le médicament est aussi probablement :

- un lien qui permet au malade de revenir
- une concrétisation de sa maladie pour l'AUTRE, ce qui est authentifié par l'ordonnance
- c'est sûrement aussi un mélange de toutes ces raisons.

COMMENT NOUS SOMMES AMENES A PRESCRIRE
LE CONTEXTE THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL

A - CELUI QUI PRESENTE DES TROUBLES

a - Le supposé malade constate que son discours est accueilli par l'entourage avec inquiétude sinon angoisse. C'est ainsi qu'il est adressé au psychiatre que l'on imagine comme la clef de voûte du collectif thérapeutique. Ce dernier écoute attentivement le plus souvent et répond par des gouttes, comprimés ou injections. On peut d'ailleurs se demander ce qu'il en est de son inquiétude à lui.

Vis à vis de cette réponse médicamenteuse le malade est parfois plein d'espoir, mais nous sommes bien placés pour savoir qu'il peut être aussi ambivalent, indifférent où franchement hostile.

. Soit à travers son désir "héroïque" de guérir, c'est-à-dire en matière de troubles mentaux :

- Etre moins mal à l'aise
- Etre mieux adapté

...il prend avec confiance et espoir ce qu'on lui propose.

. Soit

- à travers des expériences précédentes et désagréables du médicament
- ou à cause d'un investissement particulier de celui-ci

...il se révolte et refuse les drogues.

Toutefois il est peu convaincu car il sait que ce refus est inutile et que de toute façon il n'a pas le choix. Il lui faut accepter de gré ou de force la prescription (sinon l'absorption).

On peut d'ailleurs à ce sujet, et cela malgré l'assouplissement et l'évolution de la thérapeutique psychiatrique, remarquer que ce refus est très mal toléré. C'est, peut-être, ce qui a fait dire à certains observateurs que les psychiatres ont abandonné les mesures de contention au profit des camisoles chimiques.

Pour le malade le début de son traitement est souvent caractérisé par les effets des médicaments prescrits.

Ces effets sont le plus souvent favorables et aussi bien le malade que le collectif thérapeutique, peuvent se rendre compte :

- d'une diminution de l'angoisse
- d'une diminution de l'intensité et de la fréquence des épisodes de dépersonnalisation

- d'un réinvestissement de la réalité "extérieure"
- ou de la disparition du vécu dépressif.

Dans d'autres cas au contraire on note :

- une prédominance de l'inconfort avec des phénomènes anxieux dus aux effets secondaires
- une incapacité nouvelle d'utiliser l'imaginaire à des fins créatrices qui permettaient au malade d'être à la fois reconnu et inséré par et dans la société.

Dans ce dernier cas, celui qui présente des troubles accuse le thérapeute, le rend responsable et lui voue parfois de la haine.

b - Mais c'est sûrement simpliste de voir le problème sous un angle aussi focalisé. En effet, c'est le contexte de la prise médicamenteuse dans sa totalité qu'il faut envisager, car lorsqu'on le soigne, notre homme a été arraché de son milieu naturel, et de cela aussi le thérapeute est responsable aux yeux de son interlocuteur.

Ce dernier replacé dans un collectif différent vit une rupture capitale. La prise de conscience de son nouvel état et de son univers remplacé ne se borne pas à une confrontation avec les modificateurs du comportement. Il lui faut aussi dans le même temps :

- accepter d'être malade
- et se familiariser avec ce qu'il trouve en entrant à l'hôpital : équipes d'infirmiers (matin, après-midi, nuit), internes, et les autres thérapeutes qu'il lui faudra situer en fonction de la considération dont ils jouissent (auprès de ceux qui se sont reconnus) (je pense là aux externes, stagiaires ou encore aux vacataires).

B - QUE PENSE LE MEDECIN DU MEDICAMENT QU'IL PRESCRIT DANS LE CONTEXTE DE SOINS

a - Le médecin soigne avec des médicaments

Ce vieux cliché scientifique est un raccourci de peu de sens en psychiatrie. Les psychiatres prescrivent des drogues ayant un impact sur le système nerveux central dans des buts très différents suivant leur personnalité et leur formation.

- soit comme thérapeutique essentielle des troubles psychiatriques constituant la maladie mentale,
- soit comme aide à la résolution de troubles qui seront soignés également par le "collectif thérapeutique".
- soit comme "atténuateur de crises" survenant sur un fond pathologique, ce dernier ne pouvant en aucun cas être soigné par des drogues.

Quel que soit l'esprit de la prescription le médicament agira différemment suivant la personnalité du médecin.

La limite extrême de cette situation a, dans l'histoire été réalisée par les Rois Thaumaturges. "Il va même jusqu'à leur faire croire qu'il les guérit de toutes sortes de maux en les touchant, tant est grande la force et la puissance qu'il a sur les esprits.". (MONTESQUIEU, à propos de LOUIS XIV dans les "LETTRES PERSANNES" I 24). Il est bien évident que dans ce cas l'acte quel que soit le médiateur choisi, est d'essence divine de part les pouvoirs conférés au Roi lors de son sacre. Peu importe le remède c'est le pouvoir prêté à celui qui le donne qui compte. Du point de vue du "guérisseur" on est en droit de se demander ce qu'il pense de ses attouchements ou de ses poudres ? Suivant qu'il est sorcier guérisseur ou roi la conscience qu'il a du peu de valeur thérapeutique intrinsèque de ce qu'il donne est variable, mais ce qui est constant en règle, c'est sa certitude de pouvoir guérir.

Pour le médecin qui utilise des drogues dont l'efficacité est connue qu'en est-il de la conscience qu'il a de guérir son patient ?

Il arrive à tous les médecins consciemment ou non, de prescrire un traitement inefficace en lui-même et qui pourtant soigne! Ce que représentent alors ces comprimés pour le médecin me semble capital, et je ne vois pas pourquoi il en irait différemment des drogues connues pour leur efficacité.

b - Pour le médecin l'amélioration est-elle le fait de la drogue prescrite ?

On trouve peu de choses dans la littérature classique à ce sujet.

Si la relation du malade à son médicament est assez souvent étudiée ainsi que la place du médicament dans la relation thérapeutique, on s'est moins intéressé au rapport du médecin avec ce qu'il prescrit, dans le contexte que nous avons vu.

- Peut-être n'y a-t-il pas de problème, à moins qu'il ne soit parfaitement résolu ?

- Ou bien il faut convenir que la prescription est si attachée à l'acte médical que l'on ne pense pas à y réfléchir.

Il faut distinguer à ce sujet :

- l'intention de notre prescription médicamenteuse,
- du mécanisme d'action de la drogue.

"Les médicaments neuroleptiques et tranquillisants répondent à une intention commune, ou à une prétention commune : ils doivent apporter à l'homme inquiet, agité, anxieux, le calme et la sérénité. Leur cible de définition est l'esprit humain, qu'ils cherchent à modifier dans le sens général de l'apaisement." (Dr. A. GORCEIX). Voici donc mieux définie l'intention de notre prescription, mais l'on s'aperçoit à la lecture de cette citation que pointe aussi l'inquiétude de leur mécanisme d'action.

"Le retour du psychisme à la normale (ou seulement à un état plus satisfaisant) n'est pas le fait de la drogue qui le rend seulement possible. Il est plus juste de l'attribuer soit à l'intervention de moyens de défense autonomes, soit à l'action norminative de forces extérieures." (Pr. JM. SUTTER).

Le médecin est-il le chef d'orchestre de ces forces extérieures ?

Quoiqu'il en soit, bien que les drogues aient un impact incontestable sur le système nerveux central, il est bien difficile de comprendre pourquoi elles peuvent avoir une action sur la folie de "l'esprit humain".

c - Etude d'une expérience classique de prescription d'un placebo à la place d'un médicament connu

J'ai trouvé l'expérience de MM. FOLLIN, CHANOIT, PILON et HUCHON passionnante. Ces psychiatres ont, 9 mois durant, remplacé dans un service le largactil par un placebo. Ayant constaté que l'introduction du largactil en thérapeutique asilaire a permis la libéralisation des structures par "la sécurité et l'assurance qu'ils ont données au psychiatre et à son personnel", ils ont voulu vérifier "l'efficacité residuelle des prescriptions chronicisées et tenter de préciser les facteurs non médicamenteux intervenant dans le schéma d'inertie". Voici donc les buts de cette expérience qui était donc en partie motivée :

1 - par le problème posé par les prescriptions chronicisées et leur éventuel arrêt,

2 - et par l'étude des autres facteurs que le médicament sur, non pas la disparition d'un signe péjoratif, mais l'apparition d'une passivité regrettable.

On s'apercevra comme c'est souvent le cas dans l'étude des conclusions d'une telle expérience, que les leçons à tirer sont très nombreuses.

Il est intéressant de décrire la technique de cette expérience :

- le placebo possédait les qualités de présentation du largactil
- le champ d'expérience a été représenté par un pavillon entier
  - qui ne recevait pas d'entrants
  - durée de séjour étendue
  - thérapeutique de groupes
    (La vocation du C.T.R.S. de ville Evrard ayant toujours été "l'activation du malade").
- Seuls étaient au courant de l'expérience : le chef de service, les deux assistants et l'interne du pavillon, ainsi que l'employé de la pharmacie chargé de la distribution des médicaments au pavillon.

Voyons maintenant le bilan fait au terme de l'expérience :

1 - en ce qui concerne tout d'abord la vie communautaire du pavillon aucune modification appréciable n'est apparue

2 - Le bilan des résultats individuels porte sur 39 malades

- dans le groupe des schizophrènes, partage égal d'améliorations et d'échecs (avec seulement dans ce groupe une aggravation),
- dans le groupe des déséquilibrés thymiques, bilan nettement en faveur des améliorations.

La discussion de ces résultats par les auteurs souligne que :

1 - "Le remplacement de la chlorpromazine par un placebo, c'est-à-dire la suppression volontaire de l'effet thérapeutique pharmacologique, n'a pas empêché ou a facilité l'amélioration d'un certain nombre de malades."

2 - "On a continué à noter la même passivité, le même aspect morne et inactif de malades, dont pourtant certains ont été très améliorés." Cette constatation faisant envisager aux auteurs l'hypothèse d'une "induction de ces comportements de passivité, favorisée par les neuroleptiques, mais accentuée par l'attitude du personnel".

Pour ma part en lisant le compte rendu de cette expérience j'ai été frappé par plusieurs choses :

En premier lieu l'importance du problème relationnel.

- Certes il y eu suppression de l'effet pharmacologique de la drogue, mais dans un service où dans la mesure du possible était utilisée au maximum la psychothérapie de groupe, aussi bien au niveau du pavillon que de l'ergothérapie et de la rééducation fonctionnelle.

- Il n'y a pas eu au niveau des infirmiers de modification de leur perception des malades, ne soupçonnant pas la suppression du neuroleptique. Ceci nous laisse supposer l'absence de modification des relations avec les malades et il n'est pas trop téméraire de penser que cette continuité a permis au déroulement de la thérapeutique de se continuer sans rupture sensible.

- L'importance de la qualité relationnelle du collectif thérapeutique est d'autant plus évidente lorsque l'on considère que les malades qui pouvaient y être sensibles ont été parmi ceux qui se sont améliorés ou n'ont pas bougés. Les seules aggravations se sont recrutées parmi : les déments (3) dont un a dû être mis au largactil injectable (seule forme qui ne fût pas placebo dans l'expérience) et un éthylique caractériel chez lequel on peut soupçonner une détérioration due à l'ancienneté de son intoxication.

En deuxième lieu le problème de l'arrêt de ces prescriptions de longue date.

Encore une fois nous constatons que le problème de l'arrêt d'un traitement nous renvoie au problème de sa prescription et je remarque à ce sujet :

- le caractère stéréotypé des prescriptions que nous faisons : on serait presque en droit de se demander si elles ne sont pas faites plus en référence au collectif qu'à un problème individuel. (C'est ce qui a permis l'expérience, tous les malades recevant du largactil.)

- La difficulté que nous avons à remettre en question le traitement d'un malade qui "va bien" ce que l'on peut traduire par "qui ne pose plus de problèmes".

Cette remarquable expérience publiée en 1961 est pleine de matières à réflexion et je citerai celles qu'elle a inspiré aux auteurs dans leur conclusion.

"Il existe certainement une période dans l'évolution de la maladie qui nécessite impérieusement l'adjonction de neuroleptiques, mais l'on doit bien plus concevoir la prescription ou **l'interruption** de la prescription comme des moments dans le traitement des malades, moment dont la succession et la surveillance permettent une vigilance plus grande : la surveillance de l'évolution." Le Dr. FOLLIN et ses collaborateurs remarquent également qu'il faut "faire de l'aliéné une personne active au sein d'un réseau de relations institutionnelles ".

IV - LE PROBLEME DES TRAITEMENTS REPOSE CELUI DE LA MALADIE

A - MALADIE ET MALADIE MENTALE

Si l'on peut s'accommoder d'un calcul vésiculaire et que l'expérience de cette cohabitation permette de savoir "comment vivre avec une lithiase vésiculaire", on ne peut pas dire "comment vivre avec la schizophrénie" (que les Dr. A. HOFFER et H. OSMOND m'excusent). En effet ce serait reconnaître une distance du malade vis-à-vis de ses troubles. Celle-ci n'existe pas . Cet ensemble de signes que l'on avait pris l'habitude de rassembler sous le nom de schizophrénie est en fait en partie l'essence de la personne. SARTRE dit, lui, la conscience.Il ne s'agit pas là d'une pathologie surajoutée.

Dans cette optique, comment considérer les médicaments que nous prescrivons à ceux qui souffrent de troubles mentaux ?

Avec nos drogues ne sommes-nous pas dans la situation de relever quelqu'un qui est tombé à terre en lui tendant un bâton plutôt que de le prendre à bras le corps ?

Cela me fait repenser à la boutade de DIATKINE "ne serrez jamais la main d'un schizophrène". Nous verrons qu'il y a peut-être là une allusion à l'acceptation d'une relation particulièrement astreignante. Nous ne pouvons pas envisager d'amélioration sans cette acceptation-là, qui avec l'aide des médicaments, permet aux choses de bouger.

La drogue est alors :

- une aide qui permet au malade de moins refouler une réalité "extérieure" et de prendre contact avec son thérapeute
- mais c'est aussi un fait concret qui vient de l'extérieur et de l'autre.

Si le médecin pour soigner cette maladie-là doit se méfier de sa poignée de main de quelle maladie parlons-nous ?

S'agit-il d'un trouble de l'imaginaire ? Alors comment peut-on concevoir d'agir contre l'irruption de l'imaginaire par des médicaments ?

Les théories philosophiques, celles de SARTRE en particulier sont séduisantes. Il nous explique dans son chapitre traitant de la "pathologie de l'imaginaire" que celui qui imagine, garde une certaine distance par rapport à l'image. Cette qualité restrictive de mise à distance caractérise une certaine conscience qu'il appelle "non thétique". Lorsque l'imaginaire est pathologique, cette conscience particulière s'altère et il n'y a plus distance, l'image devenant une certitude remplie d'elle-même, une croyance.

Il est maintenant assez facile de concevoir que nous soyons gênés par l'existence d'un terme unique pour désigner la maladie physique et celle dite mentale. Une des principales différences n'est-elle pas cette opposition qu'il y a entre l'altération dans un cas et le déplacement ou la déviation (d'une fonction) dans l'autre. Ceci nous rappelle que l'on ne meurt pas de sa folie, tout du moins intrinsèquement et sans considérer les conséquences des troubles.

B - LA "CHOSIFICATION DES MALADES"

Ne commence-t-elle pas au moment où la collecte des symptômes se gellifie en diagnostic de maladie mentale ? Le symptôme en psychiatrie n'est que l'extériorisation d'une utilisation particulière des mécanismes psychiques.

a - Historique : la médicalisation de l'insensé

M. FOUCAULT explique qu'il n'y a pas toujours eu rupture entre la raison et la folie. A une époque qui n'est pas si lointaine, il y avait une certaine perméabilité des discours. Puis l'église interdit aux fous, qui prennent ainsi la succession des lépreux, l'accès aux monuments du culte tout en leur administrant les sacrements. L'incompréhensible et l'anormal ont pris le chemin de l'exclusion qui arrive au monstre. La dernière étape a été celle du regard de la médecine sur le monde de la folie. Seulement il a fallu pour cela considérer discours et comportement comme des symptômes et l'ensemble des troubles comme une maladie. Je pense qu'il est capital de considérer cette évolution en trois temps avec beaucoup d'attention :

- d'abord une période pendant laquelle il y a réponse puis tolérance vis-à-vis du discours des insensés ;
- suivie du temps de l'exclusion cette dernière de rituelle, rapidement devient honteuse. "L'internement fait suite à l'embarquement sur la nef aux fous".
- pour arriver à la médicalisation de la folie au XIXème siècle.

On peut se demander si l'existence même du fou n'est pas liée à la confrontation avec la normale. Mais que peut-on dire de cette "normale" sinon que c'est une supposée vérité imposée à l'un par un "AUTRE" qui s'impose référence. Cette réflexion est probablement exagérée d'autant plus qu'elle fait abstraction des troubles et du malaise à vivre de certaines personnes qui sont en eux-mêmes excluants. Elle a toutefois le mérite d'introduire cette dimension de l'autre sans lequel le fou n'existerait pas.

Cet insensé détenteur d'une économie psychique dont nous ne possédons pas la grille de décodage déclenche chez ceux qu'il interpelle, intérêt morbide et angoisse. A travers :

- son comportement bizarre
- ses perceptions dont nous ignorons la nature et qui ne sont pour nous que des hallucinations
- ses rapports avec la mort
- la façon qu'il a de nous intégrer dans son délire sans que nous ayons à donner notre avis

... il ne peut que nous fasciner et nous attirer. Il nous fait peur et nous irrite par son absence de culpabilité devant la transgression à l'ordre établi. Mais comment pourrait-il se sentir coupable ? Il faudrait pour cela qu'il doute de ses convictions, et se rende compte d'une différence entre imaginaire et réel.

A l'époque classique le fou n'est pas un malade, c'est une bête. Cette animalité sera plus tard considérée comme l'essence même de la maladie. Les solutions apportées à sa folie, suivent logiquement : à l'internement nécessaire, au "dressage" succèdent les méthodes empiriques qui visent à désengorger le corps et l'âme.

Se renseigner sur l'histoire de la folie donne une espèce de vertige. Il a au moins le mérite de souligner une évolution et de nous inciter à la réflexion pour éviter une situation répétitive. Nous connaissons mieux depuis quelques dizaines d'années une partie de la genèse des "maladies" mentales. Nous savons donc théoriquement mieux "soigner" les gens, aussi nous avons le devoir de faire une critique de notre pratique quotidienne qui risque bien souvent de **"CHOSIFIER"** les gens que nous voyons. Constater les problèmes qui se posent lorsque nous voulons arrêter un traitement chimique doit nous permettre d'avancer dans la compréhension des insuffisances et des erreurs dans la perception de celui que nous appelons malade. Nous pouvons parler de chosification de ceux qui présentent des troubles mentaux devant l'extrême simplification avec laquelle on a, au cours des âges et même encore actuellement, cherché à expliquer leur état. De "possédés", ou plutôt dépossédés de la grâce divine, ils sont devenus des bêtes pour enfin être considérés comme malades.

Mais si cette conception de maladie mentale est un progrès par rapport aux idées précédentes, la pratique d'une thérapeutique "médicale" nous montre chaque jour que l'on ne peut pas se contenter du seul concept de troubles = symptômes d'une maladie.

Si l'on ne tient pas compte des problèmes révélés par nos difficultés au niveau de la thérapeutique médicamenteuse par exemple, nous risquons de perpétrer une chosification moderne de l'"insensé".

Ces difficultés qui surgissent lorsque l'on veut à tout prix traiter le trouble mental comme une maladie, sont particulièrement évidentes au niveau de :

b - **La méthodologie**

Le problème embarrassant du symptôme se pose de façon aiguë en expérimentation clinique et de leur méthodologie. C'est l'aboutissement logique du scientifisme médical appliqué aux troubles mentaux. La principale difficulté est de faire entrer le trouble mental dans le cadre d'un dosage. Seulement il ne s'agit pas des mêmes "humeurs" qu'en biologie. Si les médecins peuvent parler de constantes biologiques et d'écart par rapport à ces chiffres, j'ai l'impression que les psychiatres ont beaucoup plus de mal à trouver la norme du symptôme. Seulement l'étude d'une drogue semble prisonnière de son action sur le symptôme. Un signe que l'on considère comme pathogneumonique d'une "maladie" va être la cible de l'expérimentation, seul ou étudié parallèlement à d'autres, jugés eux aussi très significatifs. Or un des points ou le "bât blesse" est l'a priori qui veut que la disparition du symptôme cible corresponde à une amélioration (guérison ?).

Quoi qu'il en soit il faut mesurer la manifestation symptomatique. La méthodologie résoud le problème par l'utilisation d'instruments spéciaux : les échelles d'appréciation ou "rating scales". Ces dernières permettent la "dissection" du symptôme et son analyse tant quantitative que qualitative. Et pourtant... **elles ne résolvent pas le problème.**

En effet, je considère que le symptôme en psychiatrie est une entité bien difficilement mesurable. Pour moi, le symptôme est la manifestation d'un vécu différent du nôtre. Une de ses qualités essentielles est certainement sa labilité en fonction des situations. Le comportement "symptomatique", qui est pour tout le monde révélateur de la FOLIE, est non pas un élément surajouté mais une résultante logique par rapport à la dynamique de l'imaginaire du sujet. C'est donc à mon avis aussi vain de "mesurer" le symptôme pour connaître la maladie que de mesurer les vagues pour connaître la profondeur de la mer.

L'efficacité des médicaments ne peut être remise en cause. La seule possibilité raisonnable, lorsque l'on veut apprécier leur impact sur les troubles mentaux, est de voir dans quelle mesure il y a ou non amélioration de la communication avec autrui. Les travaux faits dans ce sens sont en général passionnants et possèdent une dimension plus humaine et plus "vraie" que la majorité des études qui retranscrivent le subjectif en courbes et en graphiques.

C'est dans cet esprit que le Dr. PIRET a étudié les effets de l'halopéridol. "L'observation des malades délirants soumis à un traitement par l'halopéridol nous a paru montrer que les modifications du comportement, pour diverses qu'elles se présentent suivant les cas, ont pour commun dénominateur une amélioration au moins formelle des relations avec l'entourage. Souvent l'ensemble de la conduite, toujours certains de ses éléments et en particulier le discours du patient, se transforment d'une façon qui les rend plus acceptables par autrui, ce qui entraîne généralement une désaliénation au moins relative. Cependant loin de s'effacer sous un désintérêt progressif, les problèmes affectifs qui donnaient au délire son sens et y trouvaient une fausse solution, continuent d'être exprimés sous cette forme nouvelle, soit que le malade les verbalise de façon plus complexe, plus adaptée, plus communicable, soit que l'ensemble de sa conduite persiste à s'organiser en fonction des tensions qu'ils entraînent." (L'amélioration de la communication avec autrui au cours du traitement par l'halopéridol - Thèse pour le doctorat en médecine - Dr. J.-M. PIRET).

Ainsi donc nous venons de faire une critique de la méthodologie appliquée à la psychiatrie, en envisageant d'autres moyens d'étude. Mais cette préoccupation du psychiatre à évaluer les signes, qu'il voudrait objectifs, que présente le malade est bien de l'ordre de la réassurance sur sa faculté de soigner.

Cette quête du symptôme, tant au niveau de la prescription que de son arrêt est significative de notre soif de rationnel devant des manifestations dont la "règle" nous échappe. Un tant soit peu d'attention nous permet pourtant de voir que nos

prescriptions, ainsi que les modifications de traitement et leur arrêt, échappent à la rigueur médicale. En effet ces décisions, si elles tiennent compte de l'individu que nous soignons, sont aussi la résultante de plusieurs réseaux d'influences :

1 - extérieures à nous-mêmes :

- pressions du collectif thérapeutique,
- pressions de la famille.

2 - ou au niveau de notre propre conscience :

- difficulté à évaluer la récupération des moyens de défense autonomes de la personne soignée,
- difficulté à supporter d'être un mauvais médecin, avec la blessure narcissique que cela implique, si le malade rechute,
- émergence du problème transférentiel qui ne peut plus ne pas être au premier plan lorsque nous envisageons par exemple d'arrêter une prescription.

Donc nous ne pouvons que douter de l'apport de la méthodologie scientifique en psychiatrie, tant sont complexes les problèmes posés, et nombreuses les interférences. Nous avons vu d'autre part combien ce que l'on nomme "symptôme", dans le domaine des troubles mentaux, se prête mal à une analyse mathématique, de par son caractère dynamique, et ne permet pas une connaissance du trouble par impossibilité d'extrapolation.

V - LE MEDICAMENT POUR LE COLLECTIF THERAPEUTIQUE

INFIRMIER : personne qui soigne les malades

MEDICAMENT : substance employée pour guérir une maladie

Pour soigner les malades les infirmiers donnent (administrent) les médicaments prescrits par le médecin. Cette idée simple que l'on pourrait retrouver dans un livre de lecture pour enfant comporte en elle-même plusieurs vérités.

C'est donc l'infirmier qui donne aux gens les médicaments dont ils ont besoin tant qu'ils ne peuvent pas prendre en charge eux-mêmes leur traitement ; c'est-à-dire tant qu'ils sont à l'hôpital. Cela ne va pas sans évoquer une relation de maternage vis-à-vis du malade qui, par essence, est en position de faiblesse, ce que nous confirme l'imagerie populaire qui représente plus volontiers des infirmières que des infirmiers.

Le médicament est censé guérir une maladie. A l'hôpital psychiatrique l'infirmier est bien placé pour constater l'effet de la drogue qu'il administre : l'agité se calme et s'endort, le délirant se met à "critiquer" ses propos et à communiquer plus facilement, le déprimé se réintéresse et s'occupe, et pourquoi ne pas le dire l'"enquiquineur" le devient un peu moins. Pour l'infirmier le médicament d'évidence agit sur la folie et constitue une garantie vis-à-vis de l'irruption de l'inconscient, cette dernière n'étant pas étrangère à l'apaisement des équipes soignantes. Par le médicament le pouvoir médical lui est en partie concédé et son rôle va au-delà de la "surveillance" du traitement. Il y a parfois une étrange symbiose infirmier-médicament et nous constatons que le refus du médicament peut être vécu par l'infirmier comme un refus, un rejet de son amicale bienveillance tout comme de nombreux comprimés ont été pris pour "faire plaisir", tout comme si l'on ne pouvait pas avoir un avis différent pour l'un et l'autre.

Donc l'équipe soignante participe vraiment au traitement par le média du médicament.

Cette implication, dans le traitement, des infirmiers fait que d'évidence et fort heureusement ce ne sont pas des exécutants mais des participants, ce qui veut dire qu'ils ont un avis forgé au contact du malade. Lorsque ces avis sont l'objet de prises de positions au cours des réunions du service, il importe d'en tenir réellement compte, sinon en dehors du fait regrettable de négliger des renseignements importants quant à la connaissance du malade, nous nous mettons dans une position magistrale, qui en plus de sa prétention rompt un dialogue déjà bien difficile à instaurer.

En effet, même lorsque un service fonctionne sur un mode tendant à être institutionnel, c'est-à-dire que l'équipe a un rôle thérapeutique en elle-même, reconnu et utilisé, les médicaments restent importants de par le discours qu'ils permettent ou médiatisent.

Il convient de créér une ambiance telle que les problèmes de prescription puissent être discutés librement au sein du collectif thérapeutique afin qu'un infirmier qui a donné un comprimé en plus, en référence à l'angoisse du malade ou à la sienne, puisse en parler, sous peine de quoi on risque d'arriver aux prescriptions clandestines qui sont bien souvent l'expression du malaise régnant dans un service et qui n'a pas la possibilité d'être liquidé.

Nous venons rapidement de voir que les médicaments pour les infirmiers sont :

- ce qu'ils donnent au malade pour les soigner
- ce par quoi les troubles regressent
- et donc logiquement ce par quoi ils sont impliqués dans le traitement.

Une réelle collaboration, à tous les niveaux, est le seul système de fonctionnement qui permette de former un collectif soignant cohérent. "Il est indispensable que le (savoir) médical soit mis en question et réévalué à la mesure de l'originalité et de l'importance du (savoir) des infirmiers." (H. CHAIGNEAU).

Mais cette orientation passe pour le médecin par une mise en question non seulement de son savoir mais de la position privilégiée qui lui est attribuée dans notre société. Cela ne vas pas sans difficultés baptisées pudiquement "pressions" du collectif thérapeutique. La souplesse de fonctionnement d'un service doit permettre un débat tel que les décisions prises ne soient pas des concessions mais le résultat d'une réflexion commune dans un collectif qui prouve, en fonctionnant, sa cohérence.

Nous savons très bien d'autre part qu'il y a un autre problème qui permet de dire qu'une équipe d'infirmiers peut constituer un collectif thérapeutique, c'est celui de la relation. C'est encore au niveau des diminutions ou des arrêts de traitement que l'importance de la qualité de la relation des infirmiers avec le malade peut s'objectiver clairement. Une des raisons qui peut expliquer les résultats de l'expérience d'arrêt du largactil est la continuité des relations de qualité de l'équipe avec les malades. Il est indispensable que puissent s'aménager des liens transférentiels dans le collectif. Ceux-ci permettent aux psychotiques "une opération de délimitation de soi". (H. CHAIGNEAU).

Parmi les éléments de relation les médicaments tiennent leur place à l'hôpital. Nous avons vu que les infirmiers

- les donnent
- en surveillent les effets.

Nous avons également constaté qu'ils sont des faits concrets qui seront vécus différemment suivant les liens transférentiels du malade et du collectif thérapeutique. Il devient clair que seule une harmonie des opinions peut permettre de diminuer ou d'arrêter un traitement chimique à un malade hospitalisé. Tout le problème est là. Le contrôle de la dynamique collective par le psychiatre est sans doute la partie la plus difficile de son travail d'autant plus que c'est souvent avec beaucoup de retard que l'on comprend la signification de ce que l'on vit à l'hôpital.

Modifier une prescription c'est non seulement changer le traitement d'un malade mais c'est modifier ce que les infirmiers vont donner. Lorsque le changement est trop important, remettant en cause les modes de relation eux-mêmes, et qu'il n'a pas été suffisamment intégré par les participants, l'échec est explicable lorsqu'il se produit. Je n'en prendrais comme exemple que l'expérience tentée depuis quelques semaines avec une partie des malades du pavillon 8 de PERRAY-VAUCLUSE. Nous avons pensé, à la suite de la demande d'un malade au cours d'une réunion, et après en avoir reparlé avec malades et infirmiers, délivrer l'ordonnance détaillée de sa prescription à chaque patient, en lui demandant d'aller chercher ses médicaments à la distribution. Celà ne modifiait pas le travail apparent des infirmiers et permettait au malade de mieux prendre son traitement en charge. Il s'avère que cet essai est pour l'instant un échec.

- Retirer aux infirmiers la participation à l'autorité par la distribution des médicaments.
- Retirer aux malades cette relation de maternage

sont les deux explications les plus simples et les plus évidentes que l'on peut donner. Mais ce ne sont sûrement pas les seules, avec probablement entre autre le fait que bien que décidé en réunion cet essai reste la "chose" du médecin.

Un autre facteur est important, c'est que aussi bien pour le médecin que pour l'infirmier, la découverte de cet au-delà médicamenteux, c'est-à-dire, la relation qui peut soigner, est très angoissante, en l'absence de médiateurs. Nous devons permettre aux infirmiers de se structurer en une équipe thérapeutique de par les réseaux relationnels qu'elle peut créér. Ainsi comme pour le psychiatre, le médicament n'est plus pour les infirmiers une fin en soi, mais un instrument qui permet au malade d'être sensible à ce qui se passe.

VI - LE MEDECIN

Pour comprendre nous devrions envisager :

- ce que le médecin représente pour l'autre dans notre monde et notre culture occidentale,
- ce qu'il est lui-même à travers sa formation,
- sa personnalité.

Nous sortirions-là du cadre de cet exposé. Mais il faut tout de même dire quelques mots du médecin qui, quelque soit le fonctionnement du collectif, est relativement seul, ne serait-ce qu'au moment d'une garde. Il s'aperçoit qu'il y a souvent incompatibilité entre :

- les réflexes qu'il a acquis pendant ses études,
- la réflexion qu'il a de sa pratique,
- et le collectif soignant et ses "pressions".

Laborieusement il a appris le réflexe médicament à la maladie diagnostiquée. Sa pratique quotidienne lui montre que les "cas" qu'il a en charge ne correspondent que rarement à un cadre sémiologique univoque. Chaque malade présente sa maladie, tellement inscrite dans son histoire personnelle, qu'elle ne peut pas correspondre à celle d'un autre.

Le médecin qui devient psychiatre n'a plus les cadres précis qu'il utilisait jusque là, tant sur le plan des démarches diagnostiques qu'en ce qui concerne la relative rigueur des prescriptions médicales.

La démarche intellectuelle imposée par la nature des troubles psychiques est à la fois plus vaste que devant des troubles organiques, et d'un autre ordre, tenant compte de l'histoire du malade du problème sociologique qu'il pose, etc.

Le psychiatre est un médecin, et les médicaments qu'il prescrit sur ses ordonnances le lui rappellent. Mais il lui a fallu au cours de ses premières années d'exercice renoncer à de nombreux réflexes pour acquérir une nouvelle technique thérapeutique, qu'il doit en outre remettre en cause en permanence, sous peine, s'il ne le fait pas, de rester celui qui peut tarir les symptômes sans devenir pour cela un thérapeute des troubles mentaux.

Nous venons de voir la gène que l'on ressent à "médicaliser" la maladie mentale et peut-être à considérer la psychiatrie comme une science. De plus, il faut considérer une dimension, qui pour le psychiatre se doit d'être consciente, et qui est encore, plus que pour le médecin, capitale : celle de la relation.

La critique de nos outils de travail est pénible. A partir du moment où nous posons le problème nous sommes angoissés par l'influence de la maîtrise de cette relation sur le devenir de celui que nous avons "pris en charge".

C'est, je pense, exactement ce qui se passe lorsque voulant arrêter un traitement médicamenteux nous revoyons en un "flash-back" tout le contexte de sa prescription. Si le médicament doit être considéré à certains moments comme indispensable, dès que nous voulons nous séparer, j'ai envie de dire de ce précieux "auxiliaire", le problème relationnel nous éclate au visage.

Essayons de voir en quoi intervient le médicament dans la relation. Nous critiquons assez facilement ce qui concerne notre perception du malade en remettant en cause la sémiologie classique et sa rigidité figeante. Les psychiatres se sont rendus compte de ce que cela avait de défensif vis-à-vis d'un au-delà thérapeutique non plus médicamenteux mais relationnel.

VII - LE PROBLEME DE LA RELATION

A - LE MEDICAMENT EST UN PARTICIPANT A PART ENTIERE

a - La variable médicament

Il est classique de dire que ce tiers induit une situation triangulaire malade, thérapeute, médicament. Mais dans la relation il faut comprendre, que le médicament :

- est un élément imposé volontairement par le thérapeute,
- et que sa prescription n'est pas absolue ni en qualité ni en quantité,
- bien que le roi thérapeute soit un sujet du savoir.

Cette situation ne fait-elle pas que le malade, pour se faire entendre doit discuter voir marchander son traitement ?

Cet aspect relatif de la prescription, si bien compris par notre interlocuteur, nous est pénible. Nous supportons mal que l'on nous rappelle ce que nous savons déjà et admettons difficilement ce qui peut faire que notre image de marque, "en prenne un coup." :

- notre ordonnance discutable,
- un peu comme lorsque l'on dit à un commerçant qu'il nous en débite trop !

Cependant, un fait est capital, c'est que ces drogues que nous ordonnons sont la preuve concrète et matérielle d'une relation. J'ai vraiment l'impression que le médicament est la chaise qui permet au malade de s'asseoir pour parler avec son thérapeute, en dehors du fait évident qu'elle lui évite de s'écrouler. Il est, bien sûr, facile de faire de belles comparaisons et dans la pratique, il en va un peu différemment, surtout si nous considérons, sans pour cela revenir à la rigidité classique que tous les malades ne présentent pas les mêmes troubles.

b - Les "arrêts" de médicament et la façon dont le vivent les "bénéficiaires"

Dans l'embarrassante relation affective des névrosés, le médicament est une chose capitale qui nous aide peut-être, sans être psychanalyste, à maîtriser en partie ce qui se passe. Le problème est bien différent avec les psychotiques. Dans ce cas-là, nous nous apercevons que le médicament n'est que peu investi sur le plan affectif. C'est pour le malade un fait concret une perception de ce monde extérieur qui lui est parfois si étranger. Alors là, tout du moins pour moi, nous sommes angoissés devant l'absence totale de compréhension et de maîtrise de la situation.

Donc si le médicament peut être vécu de façon aussi diverse, nous imaginons parfaitement qu'il en va de même pour les arrêts de traitement.

Il y a l'avis du psychiatre, qui pense qu'un traitement doit être suspendu ou arrêté car

- n'étant plus justifié
- toxique, sans réels avantages
- ou pour toute autre raison.

Il y a l'avis du malade, et l'on distingue :

- ceux qui n'en veulent plus
- ceux qui en veulent encore et malgré tout
- ceux qui en veulent bien, mais en demandant "quand me les arrêterez-vous ?"
- ceux pour lesquels nous voudrions bien qu'ils aient un avis.

Il faut également considérer qu'une décision d'arrêt des médicaments peut signifier pour le malade :

- que son médecin le considère comme guérit ce qu'il sait ne pas être vrai
- qu'il ne pourra plus revenir en consultation
- que le médecin le rejette.

Ainsi donc, dans certains cas, l'arrêt du médicament risque de signifier une rupture et un rejet. Dans d'autres cas, nous avons l'impression que le traitement ne sert qu'à aider la perception d'une réalité "extérieure" dont nous faisons partie, sans pour cela pouvoir contrôler la façon dont nous sommes investis, dans l'imaginaire du malade.

Il est donc capital lorsque nous voulons arrêter un traitement à un malade de préparer la façon dont sera vécu cet arrêt. Tout comme la participation de l'équipe soignante au traitement est capitale, il en va de même de celle du malade. Lui expliquer son traitement, et tenir compte de son avis, sont des éléments importants de la relation médecin malade et la chance finale de pouvoir poser avec lui la question de l'arrêt.

B - LE CAS DE MONSIEUR JOU...

illustre bien que le médicament ne soit que de peu d'utilité dans la voie de la guérison, s'il n'est pas associé à la possibilité pour le malade "d'aménager des liens transférentiels".

Monsieur JOU..., 35 ans était considéré dans le service un peu comme une pièce de musée. Hospitalisé depuis une dizaine d'années il se présente comme un grand type maigre et décharné, autistique et parfois catatonique comme dans les descriptions "typiques" des manuels. Ayant lassé plusieurs internes successifs, son traitement était le même depuis des mois.

Etudiant hospitalier dans le service, on me confia ce malade. N'ayant qu'une expérience très réduite de la psychiatrie et à défaut de savoir je pris l'habitude tous les matins de le toucher, de lui parler, en supportant son silence et sa raideur. C'est alors que petit à petit il se mit à vivre dans le même monde que les autres. "Je suis malade, je suis

malade..." me dit-il. Quelques jours après il demanda ses lunettes puis finit par emprunter un livre à la bibliothèque. Je fus complètement affolé par ce qui se passait et me mis à "bricoler" sans arrêter le traitement, sans doute pour me persuader a posteriori que ce qui se passait, venait du traitement. Je demandai alors conseil au médecin chef, qui se garda heureusement de me fournir la réponse "qui explique tout". Ce cas a été pour moi plein d'enseignements, sans pour cela que je comprenne tout ce qui s'était passé. Il montre :

- qu'il est difficile de faire exister un grand psychotique uniquement par des médicaments
- que malgré les apparences, ces malades sont extrêmement sensibles à l'univers relationnel qui les entoure, ce qui s'est confirmé par la suite : les résultats de la prise en charge d'un malade qui devint privilégié, par une personne très mal intégrée dans le collectif thérapeutique, devait logiquement créér des tensions et des divergences de point de vue. Celles-ci avant qu'elles aient été patentes furent perçues par le malade dont l'état s'aggrava sensiblement, et qui à partir de ce jour oscilla au rythme des problèmes et de leur liquidation au sein de l'équipe.

Ce cas montre bien, l'importance de l'environnement relationnel qui entoure les malades. Pour Monsieur JOU... il est permis de penser que les neuroleptiques incisifs utilisés ont permis cette perméabilité au monde extérieur, mais il a fallu une interpellation venant du dehors pour mettre en évidence cette faculté nouvelle. De plus, cet exemple montre combien les médicaments sont rassurant pour le médecin (j'ai dans un premier temps voulu attribuer aux médicaments ce qui se passait alors que les prescriptions étaient inchangées depuis des mois). Ils sont rassurants dans la mesure où nous pouvons les tenir pour responsables de phénomènes qui ne sont que relationnels même lorsque la thérapeutique chimique les a parfois facilités.

C - LA SITUATION IDEALE

La situation idéale, est certainement celle définie par Pierre PERON-MAGNAN, dans laquelle le médicament est exclu de la relation thérapeutique.

"Le malade s'en accomode, en augmentant ou en diminuant les doses suivant son désir, et il convient seulement de prescrire ce qu'il demande".

Il n'est en effet pas exceptionnel, qu'il se fasse lui-même son ordonnance, mais cela suppose que nous soyons alors capable de soigner à travers la maîtrise d'une technique autre. La relation sans médicaments n'est-elle pas, alors l'apanage des psychothérapeutes ?

. Si la prescription est capitale,

- par son impact direct sur le trouble
- par l'impression qu'elle nous donne, de contrôler la situation avec le sentiment de sécurité qui en découle.

. Il faut admettre que :

Le médicament indispensable en poussée aiguë semble secondaire pour la "guérison".

J'ai l'impression que les médicaments ne sont que des étais, qui ne modifient pas la structure branlante de l'édifice, mais lui permettent de rester debout dans une relative sécurité pour ce qu'il y a autour. J'en suis donc à critiquer une thérapeutique qui ne serait qu'une réponse médicamenteuse aux symptômes. Je me demande si une maîtrise de la relation, je crois pouvoir dire du transfert, n'est pas indispensable pour pouvoir soigner les troubles mentaux.

VIII - CONCLUSION

Il y a matière à réflexion chaque fois que nous désirons arrêter un traitement médicamenteux en thérapeutique psychiatrique. L'interrogation franche de ce moment particulier nous amène à reconsidérer l'ensemble du contexte de prise en charge.

Cette réflexion est plus riche en questions qu'en réponses. Lorsque nous observons la relation malade-médecin (ou collectif thérapeutique) nous ne pouvons nous empêcher de repenser aux situations de l'enfance, et en particulier à celle qui engendre l'angoisse de castration. Lorsque nous relisons le Dr. F. DOLTO qui décrit la puissance magique du monde adulte et l'infériorité du petit enfant, il est difficile de ne pas faire de raisonnement analogique.

Prescrire des drogues, à l'effet pharmacologique connu, devant des troubles mentaux est du domaine du bon sens. Lorsque la période aiguë des troubles est dépassée trois questions se posent :

- lors des prises en charge hospitalières, comment comprendre et permettre une dynamique relationnelle du collectif pour que celui-ci puisse soigner ?
- comment maîtriser les problèmes relationnels, c'est-à-dire le transfert, dans un sens thérapeutique ?
- qu'en est-il de la guérison ?

Ce n'est qu'au pris d'une réflexion qui accepte et analyse chaque problème perçu, que nous pourrons améliorer notre pratique. Il s'agit de rendre possible au-delà de l'apport des thérapeutiques chimiques, la structuration relationnelle favorable à la régression des troubles mentaux.

Ces interrogations sont de nature à poser le problème de la maladie mentale en tant que maladie, et imposent au psychiatre d'être au-delà de la médecine dans la mesure où le savoir ne sert plus de limite au traitement.

BIBLIOGRAPHIE

M. BALINT "Le médecin son malade et la maladie" (petite bibliothèque Payot).

H. CHAIGNEAU "Prise en charge institutionnelle des sujets réputés schizophrènes" (Confrontation psychiatrique - décembre 1968).

F. DOLTO "Psychanalyse et pédiatrie".

FOLLIN CHANOIT PILON HUCHON "Le remplacement du largactil par des placebos dans un service psychiatrique" (Annales médico-psychologiques - 1961, 119, p. 967-983).

M. FOUCAULT "Histoire de la folie à l'âge classique" (10-18).

A. GORCEIX "Neuroleptiques et tranquillisants" (Encyclopédie médico-chirurgicale de thérapeutique - 25439 A 20 et A 30).

A. HOFFER et H. OSMOND "Comment vivre avec la schizophrénie" (Flammarion).

P. KISSEL et D. BARRUCAUD "Placebo et effet placebo en médecine" (Masson).

P. PERON-MAGNAN "Chimiothérapie et évolution des schizophrènes" (Confrontation psychiatrique - décembre 1968).

P. PICHOT "Comparaison d'activité de deux neuroleptiques - Remarques méthodologiques" (Actualités de thérapeutique psychiatrique - 3ème série, p. 9-36).

J. M. PIRET "L'amélioration de la communication avec autrui au cours du traitement par l'halapéridol".

J. P. SARTRE "L'imaginaire".

PIERRE SIMON et LUCIEN COLONA "Mieux connaître et mieux prescrire les psychotropes".

J.-M. SUTTER et COLLABORATEURS "Psychopharmacologie" (éd. Litec).

L. TETREAULT et J.-M. BORDELEAU "Expérience contrôlée en psychopharmacologie" (Actualités de thérapeutique psychiatrique - 3ème série).